South East **LHIN**
RLISS du Sud-Est

71 Adam Street
Belleville, ON K8N 5K3
Tel: 613 967-0196
Toll Free: 1 866 831-5446
Fax: 613 967-1341
www.southeastlhin.on.ca

71, rue Adam
Belleville, ON K8N 5K3
Téléphone : 613 967-0196
Sans frais : 1 866 831-5446
Télécopieur : 613 967-1341
www.sud-estlhin.on.ca

Rapport Annuel 2011-2012

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

Ontario
Local Health Integration Network
Réseau local d'intégration des services de santé

Conseil d'aministration

Wynn Turner (Présidente)
Nommée le 1 novembre 2009
Fin du mandat: 31 octobre 2012

Andreas von Cramon
Nommée le 28 avril 2010
Fin du mandat: 28 mars 2013

Arthur Ronald
Nommée: le 10 août 2010
Fin du mandat: 10 juillet 2013

Ian Fraser
Nommée: le 15 septembre 2010
Fin du mandat: 14 septembre 2013

Dave Sansom
Nommée: le 4 mai 2011
Fin du mandat: 4 mai 2014

Jyoti Kotecha
Nommée: le 24 mars 2010
Fin du mandat: 24 fevrier 2013

Georgina Thompson (Past Chair)
Nommée: le 9 juin 2008
Fin du mandat: 8 juin 2011

John Ferguson
Nommée: le 19 juin 2008
Fin du mandat: 19 juin 2011

Leslie Benecki
Nommée: le 8 octobre 2008
Fin du mandat: 7 octobre 2011

Haute direction

Paul Huras

Chef de la direction

Sherry Kennedy

Directrice générale des opérations

Table des matières **Rapport annuel 2011-2012**

Message de la présidente du conseil d'administration et du chef de la direction	3&4
Vue d'ensemble : Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est	5
Responsabilisation et gestion responsable du système de santé	6
Principaux projets de responsabilisation	8
Rapport sur le PISS2	11
Mise en place d'un système de soins primaires	12
Développement d'une culture de soins axés sur le patient	14
Hausse de la capacité dans les services en santé mentale et de lutte contre la toxicomanie	15
Gestion régionalisée des programmes	16
Mobilisation communautaire	17
Amélioration de l'accès aux services des urgencies	18
Réduction de l'incidence et de la prévalence des autres niveaux de soins	18
Mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète	25
Améliorer l'accès grâce à la cybersanté	26
Développement des services sensibles du point de vue culturel ou linguistique	27
Amélioration du système par la collaboration des conseils	28
L'équipe de gestion du savoir du RLISS du Sud-Est	29
Rapport sur les indicateurs de rendement	31
Commentaire du RLISS sur les indicateurs de rendement	32
Rendement opérationnel du RLISS du Sud-Est	35
États financiers révisés	37

Message de la présidente du conseil d'administration

Au nom du conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est, j'ai le plaisir de vous présenter notre rapport annuel 2011-2012.

Depuis que j'occupe les fonctions de présidente intérimaire du conseil d'administration, en juin 2011, et après avoir été confirmée à titre de présidente plus tôt cette année, j'ai été en mesure d'apprécier encore davantage le travail que nous avons accompli et nos réalisations. Je suis immensément reconnaissante du soutien et de l'encouragement que j'ai reçus de mes collègues membres du conseil d'administration, de notre chef de la direction et du personnel dévoué du RLISS qui forme une équipe de spécialistes qui travaillent sans relâche au nom des résidents de notre région.

Je tiens aussi à remercier la direction et le personnel de nos partenaires fournisseurs de services de santé de la région pour leur esprit de collaboration, leur engagement dans leur secteur respectif et leur détermination à travailler, ensemble, pour assurer la prestation de services de santé de la plus haute qualité aux quelque 500 000 personnes qui vivent et qui travaillent dans le Sud-Est de l'Ontario.

Wynn Turner

Présidente du conseil d'administration du RLISS du Sud-Est

Message du chef de la direction

Je me joins à la présidente de notre conseil d'administration pour exprimer ma fierté de présenter le rapport annuel 2011-2012 du RLISS du Sud-Est.

Cela a été encore une autre année au cours de laquelle nous avons assisté à un changement profond et remarquable. Et même si nous reconnaissons tous que le changement est sans doute la seule constante dans la vie, nous devons également reconnaître qu'il s'agit de la force primale qui engendre le véritable progrès.

Ici, au RLISS du Sud-Est, nous continuons d'effectuer des changements qui sont éclairés et guidés par les besoins de nos résidents, qui se manifestent dans les améliorations aux systèmes apportées par nos partenaires fournisseurs de services de santé et qui sont harmonisés avec les priorités provinciales générales déterminées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

À travers tout cela, je suis frappé par la singularité de l'objectif qui nous pousse vers le changement, par les résultats que cela peut nous permettre d'atteindre, et aussi par la compassion avec laquelle il est possible de répondre aux besoins des personnes qui sont touchées par ces changements et, ce qui est encore plus important, de celles qui en bénéficient.

Aux membres de notre conseil d'administration, dont la sagesse collective guide notre gouvernance, au personnel de notre RLISS, dont le travail acharné et le dévouement nous permettent d'accomplir tant de choses, et à nos partenaires fournisseurs de services de santé, dont l'expertise et l'expérience contribuent à offrir les soins de la meilleure qualité à nos résidents, j'offre mes plus sincères remerciements pour leur excellence constante.

Paul Huras
Chef de la direction du RLISS du Sud-Est

Vue d'ensemble

FAITS ET CHIFFRES

Population *(2012)* –

FINANCEMENT **1 070 700 326 $**
(Montant alloué aux fournisseurs de services de santé en 2011-2012)

Fournisseurs de services de santé
7 hôpitaux - 11 emplacements
1 centre d'accès aux soins communautaires (Sud-Est)
37 foyers de soins de longue durée

Organismes communautaires
34 organismes de services de soutien communautaire
3 programmes d'aide aux personnes victimes d'un traumatisme crânien
3 programmes d'aide à la vie autonome et logement avec services de soutien
8 organismes de lutte contre les dépendances
5 centres de santé communautaire
16 programmes et organismes de santé mentale

Financement par secteur (2011-2012)

Exploitation des hôpitaux	703 298 709 $
Subventions fiscales municipales - hôpitaux	190 725 $
Foyers de soins de longue durée	170 862 498 $
Centre d'accès aux soins communautaires	102 084 846 $
Services de soutien communautaire	31 165 261 $
Centres de santé communautaire	22 200 869 $
Santé mentale communautaire	34 365 874 $
Programmes de lutte contre les dépendances	6 531 544 $
Financement total alloué	**1 070 700 326 $**

Pourcentage de financement par secteur – 2011-2012

Exploitation des hôpitaux	65,7 %
Subventions fiscales municipales- hôpitaux	0,02 %
Foyers de soins de longue durée	16,0 %
Centre d'accès aux soins communautaires	9,5 %
Services de soutien communautaire	2,9 %
Centres de santé communautaire	2,1 %
Santé mentale communautaire et programmes de lutte contre les dépendances	3,8 %

Présentation de la région

Le RLISS du Sud-Est, qui s'étend sur 19 473 kilomètres carrés, se classe au quatrième rang des réseaux locaux d'intégration des services de santé sur le plan de la superficie. Nous desservons environ 3,8 % de la population ontarienne. Nos résidents sont établis en parties presque égales le long de la bande plus urbanisée qui longe l'autoroute 401 et dans des collectivités rurales plus petites disséminées dans toute la région.

La région desservie par le RLISS s'étend, d'est en ouest, de la ville de Brighton à celle de Cardinal et, du nord au sud, du comté de Prince Edward jusqu'au nord du lac St. Peter. Les sous-régions du RLISS ont été établies selon l'endroit où les résidents reçoivent principalement leurs soins. Environ 98 % des résidents du RLISS du Sud-Est obtiennent leurs soins de fournisseurs de services de santé locaux.

Responsabilisation et gestion responsable du système de santé

L'idée de responsabilisation a été au cœur de la création des RLISS. La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* établit le pouvoir décisionnel du conseil d'administration de chaque RLISS à l'égard du système de santé local, dans les limites de la *Loi* et sous l'égide du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le RLISS doit tenir des consultations avec les membres de ses collectivités dans le cadre de ses cycles de planification stratégique et d'établissement des priorités. Le RLISS doit toujours prendre ses décisions en fonction de l'intérêt public.

Tous les trois ans, chaque RLISS élabore un plan d'intégration des services de santé (PISS) dans lequel il définit ses objectifs stratégiques pour le système de santé local. Le PISS fournit un cadre de référence pour le RLISS et ses fournisseurs de services de santé afin d'assurer la répartition la plus judicieuse possible du temps, des efforts et des ressources disponibles.

Chaque RLISS a signé une entente de rendement avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Cette entente établit les obligations des deux parties et désigne certains domaines où le ministère désire voir de l'amélioration. Des indicateurs de rendement et des cibles pluriannuelles y sont établis et les résultats obtenus sont publiés dans le présent rapport et par d'autres moyens.

À titre d'organisme de la Couronne, le RLISS est tenu d'appliquer les directives de la province de l'Ontario en matière d'allocation des fonds, de dépenses de fonctionnement, de soumissions concernant les services fournis par des tiers, d'embauche et les autres politiques auxquelles sont soumis les organismes, conseils et commissions de l'Ontario.

Chaque trimestre, le chef de la direction du RLISS rencontre les hauts fonctionnaires du ministère pour les informer des retombées des activités du RLISS, des succès obtenus et des possibilités d'amélioration.

Le conseil d'administration du RLISS est l'ultime responsable devant le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Toutes les décisions importantes du RLISS sont prises par le conseil d'administration. Chaque mois, le chef de la direction du RLISS présente un rapport au conseil au sujet des activités courantes, de l'évolution des indicateurs de rendement et de nos progrès vers la réalisation des priorités énoncées dans le PISS.

À l'intérieur de ce cadre de responsabilité, le conseil d'administration du RLISS du Sud-Est a fixé quatre grands objectifs stratégiques :

Mettre sur pied un système de soins véritablement intégré qui optimise l'utilisation des ressources.

Faire comprendre le rôle que joue le RLISS du Sud-Est dans la mise sur pied et la gestion d'un système régional de soins intégrés axé sur le patient.

Mettre sur pied un système de cybersanté intégré et fonctionnel qui permet d'améliorer les services de santé ainsi que la santé des citoyens.

Faire preuve de leadership en tant qu'organisation fondée sur les connaissances qui est crédible, professionnelle, proactive et à l'écoute de ses clients.

Les administrateurs du RLISS, les membres de sa direction et son personnel sont bien informés sur nos obligations en matière de reddition de comptes et ils sont tenus d'intégrer ces obligations dans leurs relations avec les fournisseurs de services de santé et leurs activités courantes.

Aussi importantes et nécessaires que soient ces obligations formelles, elles ne reflètent pas directement notre responsabilité la plus importante – celle que nous avons envers les résidents de notre région.

Le conseil d'administration et le personnel du RLISS du Sud-Est sont aussi des résidents de la région. Nous partageons avec tous nos résidents la vision d'un système de santé accessible et viable.

La notion de responsabilité implique beaucoup plus que de simplement déclarer les chiffres pertinents. Dans le RLISS du Sud-Est, cela signifie de prendre des décisions qui auront un effet positif sur la qualité et la viabilité du système de santé. Cela signifie aussi de faciliter le bon fonctionnement des choses et de prendre des décisions judicieuses.

Respect des normes provinciales

Le RLISS du Sud-Est a travaillé activement avec ses fournisseurs de services de santé afin de veiller à ce que les normes provinciales en matière de soins soient respectées lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins locaux en matière de services de santé. Nous avons fait preuve d'innovation afin que notre engagement envers nos collectivités soit utile et efficace, ce qui nous a permis d'adopter une approche qui tient compte de l'apport de nos collectivités. Nous avons cherché à l'extérieur de l'Ontario des modèles, des programmes et des processus éprouvés qui permettent de fournir les services avec plus d'efficience et plus d'efficacité et qui aident la population à éviter les causes courantes — mais évitables — de sollicitation du système de santé. Notre objectif est d'améliorer et de faire évoluer le système de santé local afin qu'il réponde, et continue de répondre, aux besoins de nos résidents.

Principaux projets de responsabilisation

Dans le cadre de son mandat, le RLISS du Sud-Est a mis sur pied plusieurs projets visant à renforcer ses relations de responsabilisation, à appliquer ses priorités en matière de changement à l'échelle du système de santé et à améliorer sa compréhension générale du système de santé local. En 2011-2012, le RLISS a participé à plusieurs projets de ce type.

Examen du maintien de la performance du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) du Sud-Est

L'un des aspects les plus importants de l'engagement du RLISS du Sud-Est d'assurer que les résidents de notre région aient accès aux services de soutien dont ils ont besoin est notre obligation de surveiller la performance et l'efficacité des fournisseurs de services de santé qui sont chargés d'offrir ces services. En réponse à certains commentaires mettant en cause la capacité du CASC du Sud-Est de répondre efficacement aux besoins de sa clientèle, le RLISS du Sud-Est a demandé à un groupe-conseil indépendant de réaliser un examen objectif de la performance stratégique et opérationnelle de cet organisme.

Cet examen du maintien de la performance a mené à des changements à la direction du CASC et à la mise en place d'un plan d'amélioration générale et continue qui a déjà donné des résultats positifs. Le CASC du Sud-Est achève la réalisation de quelques dernières initiatives dans le cadre de la mise en œuvre du plan élaboré conjointement avec le RLISS du Sud-Est. La mise en œuvre fructueuse de changements concernant l'information de gestion et les services à la clientèle ont permis au CASC du Sud-Est de devenir un chef de file provincial dans ces domaines et le RLISS du Sud-Est est convaincu que l'ampleur et le caractère durable de l'amélioration de la capacité feront du CASC du Sud-Est un leader dans la région du RLISS du Sud-Est.

Projet sur les fonctions administratives des services communautaires

En vertu des ententes de responsabilisation signées avec nos fournisseurs communautaires, chacun d'eux doit participer à un exercice visant à déterminer quelles fonctions administratives pourraient être partagées et combinées au sein d'un « service administratif commun ». Ce projet vise à déterminer quelles économies pourraient être réalisées à l'échelle du système, par exemple, par la mise en commun des services de la paie ou par la mise sur pied d'un bureau commun de tenue de livres. La phase I du projet, qui consistait à déterminer quels services administratifs pourraient être partagés, a été achevée en 2009-2010.

La phase II, qui portait sur l'élaboration de solutions de rechange en matière de services administratifs, a pris fin à l'automne 2010 avec l'approbation par le conseil d'administration du RLISS du Sud-Est de la mise en œuvre de différentes initiatives, comme un programme d'achat en commun, des modèles de services de comptabilité transactionnels et un programme partagé d'avantages sociaux.

La phase III, qui consiste à mettre en œuvre ces initiatives, est bien engagée et certaines initiatives sont déjà pleinement opérationnelles. Les premières indications permettent de conclure que certaines économies ont été réalisées, mais l'avantage le plus important

est la capacité accrue du secteur communautaire, ce qui permet aux organismes d'offrir plus de services de première ligne aux clients et aux patients.

Services de soutien partagés du Sud-Est de l'Ontario (3SO)

L'initiative 3SO est similaire au projet de mise en commun des fonctions administratives. Il s'agit d'un projet collaboratif des hôpitaux du RLISS du Sud-Est visant à créer un service administratif commun d'achat et d'approvisionnement. 3SO, qui emploie une équipe spécialisée en approvisionnement, exploite le pouvoir d'achat combiné des hôpitaux, ce qui permet aux directions d'hôpital de concentrer leur attention vers leur fonction la plus importante, fournir des soins de qualité aux patients.

Ententes sur la responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée (ERS-SLD)

Depuis l'adoption de la *Loi sur l'intégration du système de santé local (LISSL)*, en 2006, les RLISS assument l'entière responsabilité de la planification, du financement et de l'intégration des services de santé de leur région.

Afin de s'acquitter de cette responsabilité, ils ont commencé à négocier des ententes de responsabilisation en matière de services (ERS) avec les fournisseurs de services de santé (FSS) auxquels ils versent un financement. Conformément au calendrier prévu dans la LISSL, ils ont négocié des ERS avec les hôpitaux (ERS-H) pour la période 2008-2010 et des ERS multisectorielles (ERS-M) ont été négociées pour la période 2009-2011 avec les organismes de services de soutien communautaire, les centres d'accès aux soins communautaires, les centres de santé communautaires et les organismes communautaires de services en santé mentale et de lutte contre les dépendances.

En 2010, le RLISS du Sud-Est a signé des ententes de responsabilisation en matière de services (ERS) liés aux soins de longue durée (SLD) avec 37 foyers de soins de longue durée du Sud-Est.

Les ERS-SLD représentent un changement important pour le secteur des soins de longue durée et pour les RLISS. Ces ententes mettent l'accent sur la responsabilisation et le rendement et elles font partie intégrante des efforts d'amélioration du rendement du système de santé et de prestation de soins de qualité axés sur les résidents. Elles soulignent aussi le rôle de collaboration important que joue ce secteur pour améliorer la stabilité et la responsabilité de notre système de santé et elles favorisent l'harmonisation des services de santé des différents secteurs.

Rapport sur le PISS2

Le deuxième plan d'intégration des services de santé (PISS2) du RLISS du Sud-Est est entré en vigueur en 2009. Il s'appuie sur les progrès réalisés dans l'amélioration des soins locaux depuis l'adoption du premier PISS, en octobre 2006.

Dans le cadre de la préparation de ce deuxième plan, nous avons réalisé des recherches détaillées sur la santé de nos résidents afin de déterminer quels services de santé ils utilisent. Nous avons parlé aux Ontariennes et Ontariens qui vivent dans les collectivités que nous servons afin d'obtenir leur point de vue sur le système de santé local. Nous leur avons demandé ce qu'ils appréciaient au sujet des soins disponibles localement et ce qui pourrait être amélioré. Nous leur avons aussi demandé à quoi devrait ressembler le système de santé local de l'avenir. Enfin, nous avons consulté nos fournisseurs de services pour obtenir leur point de vue sur les forces du système de santé local, les possibilités d'amélioration et le degré auquel le système répond selon eux aux besoins de la population.

Tous ces travaux de recherche ont mené à l'élaboration du PISS2 et à la formulation des dix priorités qui orienteront les activités du RLISS de 2010-2011 à 2012-2013. Il est possible d'obtenir un exemplaire du PISS2 à www.SouthEastLHIN.on.ca

Nous sommes très fiers des réalisations accomplies par nos fournisseurs de services de santé et par nous tous collectivement au cours des quatre dernières années. Les résultats obtenus témoignent de l'engagement et du dévouement de tous les professionnels de la santé du RLISS et de tous les employés administratifs, opérationnels et de soutien qui les appuient.

L'un des problèmes souvent relevés dans le système de santé est qu'il y a tellement de changements que les gens ne peuvent suivre le rythme. Nous croyons que nos résultats prouvent le contraire. Le changement pour le simple plaisir de changer n'est pas une solution viable. Par contre, le changement qui s'appuie sur une vision du succès *est* une solution viable. Le changement lié à un objectif clairement articulé et accompagné de mesures du progrès accompli vers la réalisation de ces objectifs peut être un catalyseur d'énergie.

Le secteur de la santé est loin d'être stagnant. Les découvertes médicales se succèdent depuis les vingt dernières années. Les résidents en chirurgie n'apprennent pas les mêmes techniques que leurs enseignants ont apprises. Le secteur de la santé dans son ensemble est en perpétuelle évolution. Le rôle du RLISS est d'assurer que ces changements répondent aux besoins véritables de nos résidents aujourd'hui et à l'avenir.

Le PISS2 a confirmé que, dans l'ensemble, le système accomplit ce qu'il doit accomplir. Dans le cadre du PISS2, notre travail n'était pas de créer un nouveau système de santé local, mais plutôt de « rénover » celui qui existe.

Au total, le PSS2 énonce dix priorités pour aider le RLISS du Sud-Est à créer un système de santé accessible et viable. Ces priorités visent aussi à positionner les soins de telle façon qu'ils seront fournis au bon endroit et au bon moment. Ces améliorations permettront au système de soins actifs de libérer ses énergies pour mieux s'acquitter de son rôle.

Notre rapport sur le PISS2 présente un bilan de chacune de ces dix priorités et un sommaire des activités clés liées à ces priorités.

1. Mise en place d'un système de soins primaires

Le PISS2 désigne l'accès aux soins primaires comme priorité immédiate, étant donné que ce secteur doit prendre en charge le plus grand nombre de problèmes de santé dont souffrent la plupart des gens la plupart du temps et qu'il est souvent le principal point d'entrée dans le système de santé. Par conséquent, le secteur des soins primaires doit être accessible en tout temps, et doit mettre l'accent sur les soins individuels à long terme et offrir des soins complets pour tous les problèmes de santé.

Activités appuyant cette priorité

Accès soins : Le service Accès soins a été conçu et mis en place par le RLISS du Sud-Est. Ce service permet à la population de l'Ontario d'obtenir un médecin de soins primaires sans devoir faire le tour des médecins de la région.

En 2007, environ 80 % de la population du RLISS du Sud-Est n'avait pas de médecin de soins primaires. Au 31 mars 2012, 98 % des personnes qui voulaient un médecin de soins primaires en avaient un, ce qui constitue le troisième taux le plus élevé dans la province.

Protocole d'entente en matière de collaboration : Le 31 octobre 2011, le conseil d'administration du RLISS du Sud-Est et les représentants de 10 équipes de santé familiale (ESF) de la région et d'un organisme de santé familiale (OSF) ont signé un « protocole d'entente en matière de collaboration » visant à améliorer la collaboration dans le domaine de la planification commune entre le RLISS et ces groupes de prestation de soins primaires. Le protocole prévoit que les médecins qui travaillent au sein de ces groupes auront une

influence accrue afin de déterminer les services qui devraient être fournis pour répondre aux besoins des patients.

Comme la majorité des médecins en Ontario est financée directement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, il n'y avait aucune exigence concernant la collaboration entre les ESF (ou les médecins de famille qui en font partie) et le RLISS. Toutefois, l'année dernière, le RLISS a fait valoir l'importance d'une collaboration plus étroite entre les médecins de soins primaires des ESF – qui évaluent l'état de santé des patients et leur prescrivent des services – et le RLISS, qui financent les fournisseurs qui offrent ces services.

Pendant ce temps, les directions générales des équipes de santé familiale et leurs médecins principaux ont travaillé avec le RLISS du Sud-Est à rédiger ce « protocole d'entente en matière de collaboration » qui reconnaît la nécessité pour les deux parties de chercher de nouveaux moyens d'harmoniser leurs priorités de sorte que les patients puissent bénéficier d'un accès amélioré aux soins.

Le protocole énumère les façons dont le RLISS et les ESF pourraient travailler plus étroitement afin de :

- faire en sorte que le système de santé local réponde mieux aux besoins en veillant à ce que les services prescrits par les médecins de famille soient accessibles à leurs patients lorsque ceux-ci en ont besoin;
- améliorer les futures activités de planification grâce à l'échange d'information entre le RLISS et les ESF, y compris le recensement des engorgements de services, et l'élaboration de solutions afin de les régler;
- favoriser les améliorations au sein du système de santé, grâce à l'expérience sur le terrain et les meilleures pratiques.

Conseil des soins primaires : En collaboration avec l'Équipe de santé familiale Queen's, le RLISS du Sud-Est a mis sur pied le Conseil des soins primaires il y a deux ans. Le conseil donne son avis au RLISS sur la mise en place d'un système de soins primaires. Il est composé de fournisseurs de soins primaires du RLISS. En avril 2012, le conseil a organisé le quatrième forum annuel sur les soins primaires. Les chercheurs, les décideurs et les membres de la communauté des soins primaires y ont discuté des sujets d'intérêt commun.

Nomination du responsable du renouvellement des soins primaires par le RLISS du Sud-Est : Enfin, un dernier élément, et non le moindre, le 3 février 2012, le RLISS du Sud-Est a franchi une étape importante afin de renforcer et d'intégrer davantage les soins primaires à la

planification des services de santé de la région en nommant le Dr Jonathan Kerr comme responsable du renouvellement des soins primaires au sein du RLISS du Sud-Est. Cette mesure reflète les nominations semblables qui ont été faites dans les 14 RLISS de la province et elle est appuyée par le MSSLD et l'Ontario Medical Association. Elle reflète également l'engagement du plan d'action du gouvernement de faire en sorte que les RLISS soient responsables de la planification de l'ensemble du cheminement des patients.

2. Développement d'une culture de soins axés sur le patient

Le public a maintes fois exprimé le besoin d'avoir un système de santé dont les soins sont axés sur le patient. Cette notion de soins axés sur le patient inclut un bon « service à la clientèle », la facilité d'accès et la capacité de répondre aux besoins du client. Elle comprend aussi l'aide à la navigation dans le système et la coordination des nombreuses composantes de soins ou de traitement dont le patient peut avoir besoin pour maintenir ou améliorer son état de santé. La notion de soins axés sur le patient repose sur des services et des soins de qualité, et un système où les besoins du patient et de la population déterminent la façon dont les ressources sont déployées et utilisées. Dans le RLISS du Sud-Est, nous favoriserons la mise en place d'une culture de soins axés sur le patient afin que notre système soit intégré et qu'il réponde adéquatement aux besoins des personnes et de la population.

Activités appuyant cette priorité

Gestion des listes d'attente : Le RLISS du Sud-Est a maintenu son exigence envers les hôpitaux du RLISS du Sud-Est qui fournissent des services financés en vertu de la Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario. Les hôpitaux doivent vérifier régulièrement leurs listes d'attente afin de s'assurer que toute personne en attente depuis plus de 180 jours fasse l'objet d'une réévaluation.

Financement dirigé : Le RLISS a réaffecté des fonds pendant l'exercice de façon à assurer que les hôpitaux qui pouvaient effectuer plus de chirurgies puissent compter sur des ressources pour le faire.

Loi sur l'excellence des soins pour tous **(LEST)** : Depuis que cette loi est entrée en vigueur au mois de juillet 2010, le RLISS du Sud-Est a fait de l'éducation active auprès des FSS et a fait connaître l'esprit et la lettre de cette loi. En outre, le RLISS a aidé les hôpitaux à faire un examen de la situation et à rédiger un plan d'amélioration de la qualité (PAQ).

Des hôpitaux adaptés aux aînés : Le nouveau principe d'un *« hôpital adapté aux aînés »* a trouvé son expression dans la Feuille de route des services cliniques du RLISS du

Sud-Est dont des éléments ont été intégrés aux plans de travail cliniques élaborés pour les secteurs des *temps d'attente dans les services des urgences* et des *soins de rétablissement*.

Coordination des soins améliorée : Le travail accompli dans la cadre de la stratégie *Vieillir chez soi* a amélioré le dialogue et la collaboration entre les planificateurs des mises en congé des hôpitaux, les coordonnateurs de cas du CASC et les coordonnateurs de cas des services de soutien communautaire dans la région du RLISS. Au cours des quatre dernières années, on a constaté une hausse de 45 % des orientations vers les SSC.

3. *Hausse de la capacité dans les services en santé mentale et de lutte contre les dépendances*

Conformément à ce qui est prévu dans la stratégie provinciale sur dix ans dans les domaines de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances, le RLISS du Sud-Est axera ses efforts sur l'intégration des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances avec tous les niveaux de soins et avec le système de santé principal. Nos efforts porteront sur l'identification et l'intervention précoces dans un système harmonisé de services et de mesures de soutien complets, efficaces, efficients, proactifs et axés sur la population, grâce à la réévaluation des ressources actuelles.

Activités appuyant cette priorité

Services de soutien comportemental : En août 2011, le RLISS du Sud-Est a été choisi parmi les quatre premiers RLISS à mettre en œuvre le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, en investissant 2,42 millions de dollars pour améliorer les services aux personnes âgées qui présentent des comportements liés à des troubles de santé mentale complexes et difficiles, la démence ou d'autres maladies neurologiques. Dans le cadre d'un investissement de 40 millions de dollars du gouvernement provincial dans les 14 RLISS de l'Ontario, ce soutien a permis aux professionnels de la santé de la région du Sud-Est d'embaucher du nouveau personnel, notamment des infirmières et infirmiers, des préposées et préposés aux services de soutien à la personne et d'autres fournisseurs de services de santé, et de leur donner une formation afin de leur permettre d'acquérir des compétences spécialisées nécessaires pour fournir des soins qui permettront à ces patients de vivre avec dignité et respect.

La phase initiale a porté sur les résidents des foyers de soins de longue durée en établissant des équipes d'intervention mobiles (EIM) dans trois secteurs géographiques, soit Hastings-Prince-Édouard, Frontenac et Lennox-Addington Lanark, et Leeds Grenville.

L'investissement dans les services de soutien comportemental est axé sur la prestation de soins de qualité aux personnes atteintes de ces troubles, dans un milieu où les soins et les pratiques sont fondés sur la sécurité, la haute qualité et les données probantes.

Le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement est une collaboration entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé, la Société Alzheimer de l'Ontario, Qualité des services de santé Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

4. Gestion régionalisée des programmes

Les résidents du Sud-Est de l'Ontario expriment le besoin d'un accès amélioré. Ce qu'ils veulent dire souvent c'est qu'il faudrait améliorer la capacité ou fournir plus de services. Il est possible d'améliorer l'accès, d'accroître la capacité et d'augmenter les services en gérant mieux les ressources régionales existantes. Il s'agit alors de faire plus et mieux avec ce que l'on a déjà. La gestion régionalisée des programmes consiste à regrouper la gestion de services de santé, qui sont actuellement gérés séparément dans deux établissements de la région ou plus, comme s'il s'agissait d'un service unique. Cela comprend des services qui sont fournis dans plusieurs établissements et qui sont intégrés à l'échelle de la région, en fonction des volumes et de la disponibilité des ressources.

La gestion régionalisée des programmes permettrait à un chef des services cliniques et administratifs de favoriser la mise en place d'une vision et de cibles communes, permettant par le fait même d'améliorer la responsabilisation sur le plan de la performance des services pour l'ensemble la région.

Activités appuyant cette priorité

La Feuille de route des services cliniques régionaux du RLISS du Sud-Est : À titre de catalyseur de la mise en place d'un système de soins intégrés véritablement régionalisé, la Feuille de route des services cliniques régionaux a été la pierre angulaire du plan stratégique du RLISS du Sud-Est de la dernière année.

En collaboration avec nos sept centres hospitaliers et le CASC du Sud-Est, le RLISS du Sud-Est a élaboré une initiative de planification à grande échelle portant sur le défi le plus pressant dans le domaine de la santé en Ontario et au Canada : veiller à ce que le système de santé local fournisse à chaque citoyen les bons soins au bon moment et au bon endroit.

Conçue et élaborée sur les principes moteurs de la viabilité, de l'accès, de l'efficience et de la qualité, la Feuille de route des services cliniques régionaux peut compter sur le

soutien continu du Forum SECHEF des dirigeants du CASC et des hôpitaux du Sud-Est et sur celui des présidents des conseils d'administration du RLISS du Sud-Est, des hôpitaux et du CASC. Depuis le lancement de la Feuille de route, en juillet 2010, tous les conseils d'administration ont été informés à deux reprises des progrès et des objectifs de cette initiative. En outre, vers la fin de 2010, les présidents des conseils des hôpitaux et du CASC ont tous signé une déclaration d'appui à la Feuille de route.

Avec l'aide de notre équipe de gestion du savoir et de son rapport remarqué sur l'analyse régionale des services hospitaliers dans le RLISS du Sud-Est, le RLISS du Sud-Est a procédé à un examen minutieux des besoins actuels et futurs en matière de soins de santé de nos résidents. Dans le cadre de cette analyse, nous avons identifié avec l'aide de nos partenaires les secteurs où l'investissement de temps et d'énergie par nos médecins et cliniciens de première ligne serait le plus profitable pour nos résidents. L'analyse minutieuse et les consultations réalisées ont permis d'identifier sept secteurs cliniques d'intervention : la cardiologie, les services de chirurgie, la santé mentale et la lutte contre les dépendances, les soins de rétablissement, les temps d'attente dans les urgences, les soins maternels et des nouveau-nés à risque et les infections nosocomiales.

Depuis le lancement de la Feuille de route, en juillet 2010, des équipes de travail clinique composées de médecins, d'infirmières et d'infirmiers, de cliniciennes et de cliniciens et des chefs administratifs du RLISS du Sud-Est ont élaboré des plans de travail clinique particuliers pour chacun de ces secteurs d'intervention. Ces plans de travail ont fait l'objet d'un processus régional de mobilisation communautaire en mars 2011 afin d'obtenir l'opinion des résidents, qui ont été invités à participer en ligne en remplissant des cahiers de travail pour chacun des secteurs étudiés.

Au terme de ce processus de consultation du public, des thèmes ont été dégagés et intégrés à la version définitive des plans de travail qui ont reçu l'approbation finale du SECHEF et des conseils d'administration des hôpitaux et du CASC à l'automne 2011. La planification et l'organisation de la mise en œuvre de ces plans de travail ont débuté au printemps 2012 et se poursuivront au cours des trois prochaines années.

Mobilisation communautaire

En octobre 2011, le conseil d'administration du RLISS du Sud-Est a approuvé le tout premier plan de communications et de mobilisation communautaire qui établit un calendrier d'activités de mobilisation et énonce les résultats souhaités et quantifiables. Le plan constitue un solide fondement qui permettra au RLISS de solliciter, de recueillir et d'intégrer les idées et les commentaires utiles des résidents de la région du Sud-Est aux orientations stratégiques et opérationnelles qui seront mises en œuvre en leur nom.

5. *Amélioration de l'accès aux services des urgences*

Les services des urgences sont perçus comme « le canari dans la mine » du système de santé. Si quelque chose ne tourne pas rond dans le système de santé local, les premières manifestations du problème apparaissent souvent dans les salles des urgences. Par contre, quand les services des urgences sont accessibles et que les temps d'attente sont acceptables, le public estime que le système de santé fonctionne bien. Un système de santé véritablement intégré fait la meilleure utilisation possible de ses services des urgences. Nous avons maintenant l'occasion d'améliorer l'accès et de réduire les temps de passage dans les services des urgences. Tous les RLISS voient cet objectif comme une priorité essentielle.

6. *Réduction de l'incidence et de la prévalence des autres niveaux de soins*

Lorsqu'une personne occupe un lit de soins actifs alors qu'elle n'a pas besoin de soins actifs ou qu'elle reste dans un tel lit alors qu'elle n'a plus besoin de soins actifs, le patient et le système sont tous deux perdants. Le patient peut perdre des forces ou acquérir une infection nosocomiale tandis que le système n'utilise pas ses précieuses ressources de façon optimale. Tous les patients doivent être placés dans le milieu de soins qui convient le mieux à leur état et à leurs besoins.

Remarque : Étant donné le lien inextricable qui existe entre les priorités « Amélioration de l'accès aux services des urgences » et « Réduction de l'incidence et de la prévalence des autres niveaux de soins », et le fait que ce lien détermine une partie si importante de ce que nous faisons dans la région du Sud-Est, nous offrons le synopsis suivant sur la façon dont le RLISS du Sud-Est aborde ces deux priorités.

Comprendre la relation entre les services des urgences et les autres niveaux de soins

À première vue, le lien entre la fréquentation des services des urgences et la façon dont les patients obtiennent leur congé de l'hôpital est très simple. Si l'on suppose un taux d'occupation de 100 %, chaque fois qu'un nouveau patient est admis, un autre doit recevoir son congé. Quand le RLISS du Sud-Est s'est penché sur cette question, nous avons cherché à en savoir plus sur les patients qui se rendent aux urgences, pourquoi ils sont hospitalisés et pourquoi ils ont de la difficulté à retourner à la maison à la fin de leur séjour à l'hôpital.

Le RLISS du Sud-Est a utilisé des données démographiques connues, des données cliniques et de l'information fournies par le personnel de première ligne pour créer le

profil type du patient le plus susceptible de se présenter aux urgences, d'être admis à un autre service de l'hôpital (même si son état ne met pas immédiatement sa vie en danger) et d'être très possiblement orienté vers un foyer de soins de longue durée.

Nos recherches révèlent que ce patient typique des services des urgences et des autres niveaux de soins présente les caractéristiques suivantes :

Est âgé de plus de 75 ans.

Demeure seul ou agit à titre de principal soignant d'une conjointe ou d'un conjoint qui ne peut prendre soin d'elle-même ou de lui-même.

A récemment vécu le décès d'une conjointe ou d'un conjoint, d'une personne chère ou d'un soignant principal.

A été diagnostiqué comme ayant au moins une maladie chronique (insuffisance cardiaque congestive, diabète, etc.).

A connu un changement récent dans son état de santé.

Chacune de ces caractéristiques est un événement isolé ou une combinaison de facteurs qui peuvent rendre une personne âgée incapable de faire face aux situations de la vie quotidienne. Dans ce cas, tout événement fâcheux, comme une chute, une déshydratation, etc., entraînera probablement une visite aux urgences.

Stratégie du RLISS du Sud-Est en matière d'urgences et d'autres niveaux de soins

Notre stratégie porte sur les circonstances qui amènent les patients dans les services des urgences et la chaîne d'événements qui peut se produire en l'absence d'un effort concerté pour renvoyer le client chez lui en lui donnant les mesures de soutien appropriées.

La stratégie porte sur trois grands secteurs :

Restructuration du processus opérationnel : nous avons apporté des améliorations opérationnelles susceptibles de réduire les problèmes de communication, les délais de traitement et les erreurs pouvant entraîner un redoublement du travail.

Gestion des besoins des clients : en assurant que des listes d'attente soient créées pour les soins appropriés. L'établissement de cibles d'attente à l'intérieur desquelles les services

devaient être fournis a permis d'assurer que les patients reçoivent des soins au moment approprié.

Identification des ressources physiques : l'examen des présentations de cas et des données connexes nous a aidés à déterminer les ressources nécessaires pour éviter les urgences dans un premier temps et aider les patients à retourner à la maison aussitôt que possible après leur hospitalisation.

Incapacité à gérer les activités de la vie quotidienne
Grâce au programme SMILE (*Seniors Managing Independent Living Easily)*, à *Easier +* et à d'autres efforts en collaboration avec le CASC et les SSC, un réseau de soins a été créé afin d'aider les aînés à gérer leurs activités de la vie quotidienne. Ces services sont fournis dans le but d'éviter les visites répétées aux urgences et d'accélérer les mises en congé dans les hôpitaux.

Événements déclencheurs
L'identification rapide des personnes âgées fragiles par le personnel des urgences qui observent leur arrivée et leur progression dans le service peut mener à une évaluation et à une orientation vers les services de soutien communautaire à domicile dont le patient peut avoir besoin. Un tel examen précoce aide aussi à déterminer d'autres améliorations qui pourraient être apportées au secteur des foyers de soins de longue durée afin de réduire le nombre de visites répétées aux urgences et de mettre les patients en congé dans les meilleurs délais.

Visites aux services des urgences – capacité et performance
En examinant le mouvement des patients dans le service des urgences, le RLISS du Sud-Est a pu mieux comprendre et réduire les temps d'attente dans les urgences.

Les deux plus grands services des urgences de notre région ont reçu des fonds du *Programme de financement axé sur les résultats* en 2010-2011. Bien que ces services des urgences aient les temps d'attente les plus longs, nous savons qu'ils ont beaucoup travaillé à les réduire. L'Hôpital général de Kingston, par exemple, a amélioré le mouvement des patients non admis et a réduit le délai nécessaire pour voir un médecin. Toutefois, le temps d'attente des patients admis (les patients qui se rendent aux urgences et qui sont par la suite hospitalisés) se situe toujours au-dessus des cibles provinciales.

L'année 2010-2011 a été la première où l'Association des soins de santé de Quinte – Belleville a reçu des fonds du Programme de financement axé sur les résultats. Elle avait déployé beaucoup d'efforts pour mettre en place des processus améliorés et réduire les obstacles au mouvement des patients autant à l'intérieur du service des urgences que

dans les services hospitaliers. Les constatations initiales indiquent également que le temps de non-occupation (la période qui s'écoule entre le moment où un patient est mis en congé et celui où le prochain patient occupe le lit) s'est aussi amélioré.

Admissions dans les hôpitaux

Grâce au processus intégré de planification des mises en congé, les patients à risque d'avoir besoin d'autres niveaux de soins sont identifiés plus tôt, ce qui permet d'éviter parfois le déclin physique et cognitif qui peut accompagner les longues hospitalisations. Ce processus permet également d'éviter les désignations d'autres niveaux de soins inappropriés et les délais de mise en congé. Les programmes compris dans ce processus de planification sont *Home First* et *Enhanced Activation Therapy.*

Retour à domicile du patient après les soins actifs

Un important changement de paradigme culturel a eu lieu à l'échelle du RLISS du Sud-Est. Nous tentons désormais d'assurer que chaque patient ait l'occasion de retourner chez lui en premier lieu, avant que l'option des autres niveaux de soins ne soit discutée.

Initiatives des urgences et autres niveaux de soins visant à réduire le nombre de visites aux urgences

Programme *SMILE*

Le programme *SMILE (Seniors Managing Independent Living Easily)* est exclusif au RLISS du Sud-Est. Il permet aux personnes âgées de vivre de façon autonome à domicile en leur fournissant des services de soutien pour les tâches ménagères qu'elles sont incapables de faire elles-mêmes, comme tondre le gazon ou faire les emplettes. L'organisme qui coordonne ce programme fournit ce genre de services qui ne sont pas déjà fournis par le CASC et les organismes de SSC. Lorsqu'aucun fournisseur local n'est disponible, le programme *SMILE* paie pour ces services, qui sont alors fournis par n'importe quelle personne que le client souhaite embaucher. Depuis que le programme SMILE a été lancé, il y a quatre ans, le nombre de patients en attente de soins de longue durée a diminué de 700.

Capacité et performance des services des urgences

La stratégie de réduction des temps d'attente du RLISS compte deux volets, soit la réduction de la dépendance sur les services des urgences et l'amélioration du fonctionnement des services des urgences. Les services et traitements offerts aux patients ailleurs que dans les urgences ont permis de réduire de façon importante le

temps passé par les patients qui attendent de recevoir des soins. Toutefois, les patients des urgences qui nécessitent une hospitalisation doivent encore attendre beaucoup avant qu'un lit se libère.

Programme *Home First*

Le programme *Home First* permet aux personnes âgées fragiles de retourner à domicile après un séjour au service de soins actifs d'un hôpital plutôt que d'être dirigées vers un autre niveau de soins. Cela reflète le changement de paradigme culturel, qui permet à de nombreux patients de retourner à domicile après leur hospitalisation, alors qu'auparavant ils auraient dû attendre à l'hôpital qu'un lit se libère dans un foyer de soins de longue durée.

Lancé dans un premier temps à l'Association des soins de santé de Quinte en 2009-2010, le programme *Home First* a depuis été adopté par l'Hôpital général de Brockville et l'Hôpital général de Kingston. Au cours de la dernière année, le programme a entraîné une diminution graduelle du nombre de patients désignés comme nécessitant un autre niveau de soins. En améliorant les processus de transfert du milieu hospitalier vers la collectivité et en facilitant l'accès aux services communautaires, cette stratégie a permis de réduire le nombre d'hospitalisations inutiles.

En outre, plus de la moitié des personnes âgées qui sont retournées à domicile grâce au programme *Home First* s'y trouvent toujours. La demande de lits dans les foyers de soins de longue durée s'en trouve réduite, ce qui permettra aux personnes qui *ont* besoin de ce niveau de soins de l'obtenir plus rapidement. Les résultats suivants reflètent cette situation :

- En date de novembre 2011, le RLISS du Sud-Est a indiqué que 10,3 % des journées d'hospitalisation étaient pour d'autres niveaux de soins, ce qui représente une réduction d'environ 7 % depuis 2006. Pour les résidents de la région du RLISS du Sud-Est, cela s'est traduit par une amélioration du mouvement des patients et par le fait qu'un plus grand nombre de patients reçoivent des soins appropriés, au bon moment et au bon endroit. Pour les personnes âgées de la région du Sud-Est, le programme *Home First* leur a donné l'occasion de retourner chez eux après avoir reçu des soins actifs grâce à des soutiens et à des services communautaires appropriés leur permettant de rester à domicile aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

- Depuis l'adoption du programme *Home First* à l'Hôpital général de Kingston, plus de 100 clients sont retournés chez eux alors qu'auparavant, ils seraient restés à l'hôpital en attente d'un placement dans un foyer de soins de longue durée, ce qui

n'était certainement pas leur destination préférée après avoir reçu leur congé de l'hôpital.

- Un sondage réalisé récemment sur une période de trois mois auprès des clients et des fournisseurs de soins du programme *Home First* permet de constater ce qui suit :

    1. 67 % des clients du programme *Home First* qui sont retournés chez eux ont eu l'impression que les soins qu'ils ont reçus à l'hôpital les avaient préparés à retourner à domicile.
    2. 91 % ont dit qu'ils étaient satisfaits des services de soutien communautaire qu'ils recevaient à domicile.
    3. 62 % d'entre eux ont indiqué qu'ils s'évaluaient « d'excellents à bons » dans la gestion de leur vie à domicile, après avoir reçu leur congé de l'hôpital.
    4. 77 % ont indiqué que leur aptitude à gérer la situation à domicile s'était améliorée depuis qu'ils ont reçu leur congé de l'hôpital.
    5. 81 % estiment qu'ils reçoivent des services de soutien adéquats à domicile.
    6. Même si aucun client du programme *Home First* n'a demandé une admission urgente dans un foyer de soins de longue durée, 25 % des clients sont sur une liste d'attente.

- Les clients du programme *Home First* reçoivent des services du CASC et des organismes de services de soutien communautaire, ce qui représente un ensemble de services visant à assurer les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). On signale que 77 % des clients du programme *Home First* contactés par les organismes de services de soutien communautaire reçoivent les services afin de les aider à rester à domicile. La plupart des clients avaient demandé et recevaient des repas livrés à domicile, des services ménagers et des services de relève pour les fournisseurs de soins.

- En 2009, l'Hôpital général de Kingston avait habituellement, en tout temps, plus d'une soixantaine de patients recevant un autre niveau de soins. Maintenant, le nombre moyen de patients recevant un autre niveau de soins a diminué à 25.

Programme *Discharge Link*

Le programme *Discharge Link* a été lancé en février 2009 afin de fournir aux survivants d'un accident vasculaire cérébral (AVC) des services de réadaptation communautaires améliorés à domicile et dans les foyers de soins de longue durée. Les services fournis dans le cadre de ce programme incluent la physiothérapie et l'accès à des spécialistes de

la santé au travail et à des travailleuses sociales et travailleurs sociaux. L'évaluation initiale du programme a révélé une réduction de la durée de séjour en hôpital, un moins grand nombre de réadmissions par l'entremise des services des urgences et, dans l'ensemble, des résultats plus favorables pour les patients.

Le modèle de soins du programme *Discharge Link* a été adopté pour les personnes âgées fragiles à risque qui ont besoin d'une thérapie de réadaptation intense à l'hôpital afin d'éviter le déclin. Il coordonne aussi les services communautaires permettant d'assurer que les patients continuent de renforcer ou de maintenir leurs capacités physiques et cognitives. Les premières étapes du programme *Enhanced Activation* ont déjà aidé à réduire le besoin d'autres niveaux de soins alors que les patients ou leur famille constatent qu'ils sont « plus en santé et plus aptes à vivre à domicile ».

L'initiative a entraîné une réduction importante de la durée de séjour en hôpital et un accès rapide aux services de réadaptation au sein de la collectivité. Elle a également permis de constater les résultats suivants pour les patients et sur le plan de l'utilisation des services hospitaliers :

- les taux de visites ont augmenté et, dans certains cas (p. ex., en ergothérapie), ont plus que doublé;
- l'augmentation du nombre de visites par discipline est passée de **1 à 24** visites, sur une période de 8 à 12 semaines;
- le temps d'attente moyen pour accéder aux services de réadaptation était de **44 jours** avant la mise en œuvre de l'amélioration des services alors qu'il s'établit maintenant à **4,9 jours**;
- la durée moyenne de séjour en hôpital pour l'ensemble des séjours a diminué de **15,7 jours**;
- la mesure d'indépendance fonctionnelle est restée stable;
- des améliorations importantes ont été constatées au chapitre de la mesure d'indépendance fonctionnelle et de la durée de séjour en hôpital;
- une diminution des taux de réadmission (nombre moyen de visites de suivi par client une année après l'AVC) des personnes qui ont reçu des services améliorés à la suite de leur congé des services de soins actifs.

Programme *Home at Last*

Une solution simple pour les patients dont la mise en congé de l'hôpital est retardée en raison de l'absence d'un milieu de vie approprié auquel ils pourraient retourner, consiste à les transporter à domicile et à les aider à s'établir en leur fournissant divers services, comme les emplettes, la préparation des repas et les services ménagers offerts sur une base temporaire par des organismes de services de soutien communautaire.

Il est intéressant de noter que plus de 57 % des clients qui ont reçu les services temporaires du programme *Home at Last* ont continué (et continuent) de payer pour recevoir de l'aide pour leur vie quotidienne à domicile.

Dans l'ensemble, la stratégie intégrée du RLISS du Sud-Est concernant les urgences et les autres niveaux de soins vise à atteindre ou à dépasser les cibles provinciales en matière de temps d'attente et d'accès, tout en répondant aux besoins locaux en matière de soins de santé. Nous pouvons déjà voir des résultats très favorables se dessiner quelques mois seulement après le lancement des différents projets et programmes décrits ci-dessus. Nous prévoyons des résultats encore plus impressionnants dans les années à venir.

7. Mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète

En raison de la forte prévalence et des répercussions importantes du diabète dans la région du Sud-Est, notre programme de gestion des maladies chroniques portera dans un premier temps sur cette grave maladie. Nous avons des occasions d'intégrer les soins aux diabétiques et la surveillance des indicateurs de gestion. Les leçons apprises pourront être appliquées aux stratégies de gestion d'autres maladies chroniques.

Activités appuyant cette priorité

Harmonisation avec la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète : Le diabète est une maladie chronique grave et très coûteuse pour la personne qui en souffre, pour sa famille et pour toute la société. Les diabétiques sont encouragés à autogérer leur maladie en faisant des choix de vie saine et en prenant les médicaments qui leur sont prescrits. En raison de la nature complexe de la maladie, sa gestion efficace et l'évitement de ses graves complications nécessitent d'avoir accès à un éventail de services de santé. Les diabétiques qui demeurent dans la région du RLISS du Sud-Est bénéficieront de l'amélioration des programmes de promotion de la santé et de prévention, de l'accès aux soins aux diabétiques et de la coordination des services pour les aider à gérer leur maladie.

Centre régional de coordination de la lutte contre le diabète du Sud-Est : Le RLISS collabore avec le Centre régional de coordination afin de veiller à ce que ses stratégies soient harmonisées avec les priorités du RLISS. Cet organisme, qui aide à coordonner et à améliorer les services aux diabétiques, a été lancé dans la région du Sud-Est en 2010 et il est rattaché au Centre de soins communautaire de Merrickville. Étant l'un des 14 centres similaires en Ontario et faisant partie de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète, le Centre régional de coordination a pour objectif d'aider à mieux organiser et gérer les programmes locaux de lutte contre le diabète et d'améliorer la santé

générale des personnes qui vivent avec la maladie ou qui sont particulièrement à risque de la développer.

Initiative d'autogestion du diabète : Hébergée dans le CSC de Kingston, l'initiative d'autogestion du diabète de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète a pour but de fournir des mesures de soutien, des outils et une expertise pour promouvoir l'autogestion. Ses moyens d'intervention incluent le renforcement des capacités des professionnels de la santé, des collectivités et des diabétiques par la formation, l'accompagnement et le mentorat des fournisseurs de services multidisciplinaires afin d'intégrer les techniques d'autogestion dans leur pratique, ainsi que la formation de pairs leaders et de maîtres-instructeurs pour améliorer l'accès aux groupes de développement des compétences d'autogestion des maladies chroniques à l'intention des diabétiques.

8. Améliorer l'accès grâce à la cybersanté

La cybersanté est un important outil d'intégration du système de santé. En plus de produire des dossiers de santé électroniques, la cybersanté accélérera le transfert des demandes et des résultats de diagnostic, normalisera les protocoles d'orientation, simplifiera les communications entre les professionnels de la santé et permettra d'accéder rapidement à la recherche la plus récente. Le RLISS du Sud-Est fera progresser sa stratégie de cybersanté en coordination avec celle de la province. La cybersanté sera au cœur de notre stratégie de lutte contre le diabète et en permettra la mise en œuvre. Elle sera aussi la pierre angulaire de notre initiative d'orientation par le web du programme chirurgical régional. En outre, la cybersanté sera au cœur des initiatives de développement des soins primaires en tant que système de santé régional.

Remarque : Depuis l'établissement de cette priorité dans le PISS2, un changement d'orientation de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète est survenu. Ce changement a réduit le rôle de la cybersanté dans le cadre de la mise en œuvre de cette stratégie. Tous les autres éléments de la priorité du RLISS du Sud-Est « Améliorer l'accès grâce à la cybersanté » restent inchangés.

Activités appuyant cette priorité

Orientation par le web du programme chirurgical régional : Un projet pilote a été mis en œuvre dans le but d'améliorer la qualité du processus d'orientation pour la chirurgie orthopédique de la hanche et du genou. Ce projet a permis d'établir un ensemble de processus technologiques et cliniques qui pourra servir de structure de base pour étendre les avantages de l'orientation par le web aux autres spécialistes des soins primaires.

Référentiel de documents cliniques : Le RLISS de Champlain et le RLISS du Sud-Est ont collaboré à la création d'un référentiel de documents cliniques (RDC) pour la région de l'Est de l'Ontario. Le RDC est un référentiel régional des principaux dossiers de patients

qui sont couramment partagés entre les professionnels de la santé qui assurent le continuum des soins de santé pour ces patients. Il s'agit d'un élément clé de la création d'un dossier de santé électronique pour les résidents de l'Est de l'Ontario. Les prochaines étapes du projet de RDC permettront aux hôpitaux et aux médecins de l'Est de l'Ontario de profiter d'une capacité accrue de partager des documents cliniques par voie électronique.

Initiative en technologie de l'information de base : Le RLISS a lancé une initiative afin de permettre aux hôpitaux du RLISS de mettre sur pied des projets visant à faciliter le partage de dossiers de santé entre les professionnels de la santé qui assurent le continuum des soins de santé. Ces projets évolueront afin de permettre un partage continu d'information entre les hôpitaux du RLISS du Sud-Est. Cela comprend des mesures d'intégration des réseaux de TI, de l'identification des utilisateurs et de l'accès des utilisateurs.

Orientation et le jumelage des ressources : Le RLISS du Sud-Est participe activement à cette initiative provinciale en participant aux travaux du comité directeur provincial sur l'orientation et le jumelage des ressources dans le cadre d'un regroupement des RLISS du Nord et de l'Est de l'Ontario. Le RLISS a consulté les professionnels de la santé de la région afin d'élaborer des processus et des formulaires uniformes en matière d'orientation et de jumelage des ressources afin d'informer et de guider la mise en œuvre au cours de l'évolution de cette initiative.

9. *Développement des services sensibles du point de vue culturel ou linguistique*

Le RLISS du Sud-Est compte travailler avec les communautés francophones et les professionnels de la santé qui les servent afin de veiller à ce qu'il y ait un accès approprié aux soins de santé en français. Par ailleurs, le RLISS du Sud-Est travaillera avec les communautés autochtones pour leur fournir de l'aide dans leurs efforts visant à obtenir un accès approprié aux soins de santé.

Activités appuyant cette priorité

Préparation d'un plan d'action pour les services en français : À la suite de la nomination d'une coordinatrice des services en français à temps plein l'année dernière et de la nomination subséquente du *Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario,* basé à Ottawa, à titre d'entité de planification des services de santé en français pour le RLISS du Sud-Est, nous avons élaboré un plan d'action conjoint avec le Réseau qui nous guidera afin d'accroître la prestation des services de santé en français à l'intention des résidents francophones de la région.

Engagement auprès des populations autochtones : Les réunions trimestrielles de la présidente du conseil d'administration, du chef de la direction et du personnel du RLISS du Sud-Est avec le chef du Conseil des Mohawks de la baie de Quinte se sont poursuivies au cours de l'exercice 2011-2012. Les réunions ont porté sur l'amélioration des relations et l'identification des domaines de soutien pour le plan stratégique élaboré par cette communauté.

Également en 2011-2012, la Métis Nation of Ontario a achevé son enquête sur la santé de la population auprès des résidents de la région appartenant à la MNO. Les résultats de l'enquête aideront à la préparation du PISS3 et à en déterminer les priorités.

10. Amélioration du système par la collaboration des conseils

Le rôle de gouvernance des soins de santé est en pleine évolution dans notre région et les conseils d'administration ne sont pas seulement responsables de la supervision de leur propre organisation, mais ils contribuent aussi à la mise en place et au fonctionnement d'un système de santé intégré. Le RLISS du Sud-Est continuera de favoriser la création d'un contexte dans lequel les conseils d'administration travaillent ensemble pour favoriser et appuyer l'intégration et le développement du système.

Activités appuyant cette priorité

Gouvernance fondée sur la collaboration : Dans le cadre de ses efforts visant à renforcer la gouvernance fondée sur la collaboration et les rapports constructifs avec les professionnels de la santé de la région, le conseil d'administration du RLISS du Sud-Est a établi récemment un comité du conseil sur la gouvernance fondée sur la collaboration et la participation communautaire.

Le comité sollicitera la participation des partenaires professionnels de la santé à l'élaboration de principes de gouvernance dans les domaines de l'intégration, de la collaboration, de la conception du système, de la qualité des soins et de la sécurité des patients de façon à réaliser des progrès concrets dans tous les secteurs du système de prestation des soins de santé dans la région du Sud-Est. Que ce soit en contribuant à la coordination d'une approche systémique à la planification des services de santé ou à l'élaboration d'initiatives d'intégration, le comité sur la gouvernance fondée sur la collaboration et la participation communautaire cherchera des moyens d'établir un cadre commun qui permettra aux fournisseurs de services des conseils de santé de travailler étroitement et efficacement avec le conseil d'administration du RLISS dans le but d'améliorer l'accès à des soins de qualité par les résidents de la région.

Les secteurs qui seront représentés au sein de ce comité comprennent notamment, les services de soutien communautaire, la santé publique, les soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les autres fournisseurs de soins primaires, les hôpitaux, le CASC, la santé mentale et les dépendances, le milieu universitaire et la collectivité.

Le comité comprend également des personnes représentant le RLISS du Sud-Est qui agiront comme coprésidente ou coprésident, membres d'office et membres du personnel de soutien.

Agrément du RLISS du Sud-Est par Agrément Canada : Une évaluation de la gouvernance du conseil et du fonctionnement du personnel du RLISS du Sud-Est réalisée l'automne dernier par Agrément Canada a permis au RLISS d'obtenir l'agrément complet, ce qui reflète de façon éloquente l'orientation et les réalisations de notre organisme.

Dans son rapport d'évaluation, Agrément Canada a constaté ce qui suit : *« Le conseil d'administration fait preuve de responsabilisation en veillant à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un système intégré de services de santé qui offre des soins accessibles, de haute qualité et viables en fonction des ressources disponibles. » (Traduction)* Le rapport mentionne également ce qui suit : *« Les partenaires communautaires décrivent une solide relation de travail bidirectionnelle avec le RLISS »...* et que... *« Le RLISS est perçu par les intervenants externes comme étant un "fervent partisan de l'amélioration" et "en tête du peloton". » (Traduction)*

Le RLISS du Sud-Est est le premier RLISS de la province à avoir fait l'objet d'une évaluation et à avoir obtenu l'agrément complet d'Agrément Canada, et nous avons été satisfaits de lire dans le rapport des remarques comme : *« Les membres du personnel sont très dévoués et fiers de leur travail. Ils ont indiqué être constamment à la recherche d'une plus grande efficacité et d'améliorations des processus opérationnels. Des félicitations sont de mise pour les nombreux exemples de techniques et de méthodes visant à assurer la participation de la collectivité. Celles-ci comprennent notamment un processus visant à élaborer la vision et à renforcer la structure des soins primaires afin d'aider les patients à naviguer au sein d'un système de santé complexe. » (Traduction)*

L'équipe de gestion du savoir du RLISS du Sud-Est

L'équipe de gestion du savoir est le cerveau, les yeux et les oreilles du RLISS du Sud-Est. Elle fournit des analyses fouillées sur les tendances et les différents indicateurs clés de la santé sur lesquels le RLISS peut fonder ses décisions quant aux programmes qui méritent un soutien additionnel ou aux lacunes qu'il faut corriger.

À cette fin, l'équipe de gestion du savoir met sur pied et gère des bases de données sur la santé dans la région et sur d'autres sujets connexes, évalue les indicateurs de rendement clés et prépare des rapports à ce sujet, présente des analyses sur une variété de projets et collabore avec les fournisseurs de services de santé et d'autres intervenants.

Voici les principales activités de l'équipe au cours de l'exercice 2011-2012.

Mise sur pied et gestion de bases de données et de systèmes : L'équipe de gestion du savoir met l'accent sur la création de bases de données locales et internes afin de permettre l'évaluation et la surveillance continues des activités du RLISS. Le projet d'une base de données des centres de santé communautaire qui peut être consultée en tout temps et de façon fiable aux fins de planification et d'évaluation du rendement a été réalisé à l'échelon local. De plus, on a étudié la possibilité que ce projet local serve de modèle afin d'intégrer cette base de données au système provincial savoirSANTÉ ONTARIO et on prévoit que cela sera fait au cours de la prochaine année. L'équipe de gestion du savoir a terminé la préparation d'un rapport qui énumère les exigences et les possibilités relatives à une base de données régionale visant à améliorer l'évaluation du rendement du système et les activités de planification collective. Enfin, l'équipe de gestion du savoir a joué un rôle crucial dans la mise en œuvre du site intranet *SharePoint* du RLISS du Sud-Est. Ce système, dont la mise en œuvre n'a pas été dépourvue de difficultés, sert à améliorer l'échange d'information entre les membres du personnel.

Soutien aux projets : L'équipe de gestion du savoir a continué d'appuyer l'initiative de la Feuille de route des services cliniques régionaux. En outre, des membres du personnel de l'équipe de gestion du savoir ont participé à l'évaluation et à la mise au point d'un certain nombre d'initiatives, tant provinciales que locales. Ces initiatives comprennent notamment : le comité d'évaluation de la gestion des données du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, le programme *Discharge Link* (thérapie d'activation améliorée pour les patients locaux victimes d'un AVC), la mise en œuvre et l'évaluation du projet du RLISS du Sud-Est sur les iniquités en matière de santé, et le soutien aux responsables du renouvellement des soins primaires.

À l'échelle provinciale, les membres de l'équipe de gestion du savoir ont participé à la planification d'un atelier sur *les besoins en matière de gestion des données* qui a été conçu comme une occasion de formation visant à répondre à des besoins particuliers du personnel chargé de mettre en œuvre les décisions du RLISS.

Évaluation du rendement : L'équipe de gestion du savoir élabore et évalue de façon continue des indicateurs de rendement clés qui sont les jalons par lesquels l'Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS (ERMR), le rapport d'inventaire, l'ERS-H, l'ERS-M et l'ERS-SLD mesurent et évaluent le rendement des principales activités de 2011-2012.

Rapport sur les indicateurs de rendement

Entente de responsabilisation entre le ministère

INDICATEURS DE RENDEMENT DU RLISS DU SUD-EST
RAPPORT ANNUEL DE 2011-2012
Publication, le 14 mai 2012

PI No.	Indicateur de rendement	Point de départ du RLISS en 2011-2012	Objectif cible du RLISS en 2011-2012	Rendement du RLISS au dernier trimestre de 2011-2012	% du résultat du dernier trimestre par rapport à l'objectif cible	Résultats du RLISS pour l'exercice 2011-2012
Salle des urgences (SU) et autre niveau de soins (ANS)						
1	Pourcentage de jours à un ANS - établissements du RLISS ***	14,78 %	9,46 %	10,20 %	7,8 %	11,87 %
2	Durée du séjour des patients admis à la SU, au 90e percentile	26,82	22,90	25,50	11,4 %	25,30
3	Durée du séjour à la SU, au 90e p., des patients non admis, affections complexes (ÉTG I-III)	6,88	6,80	6,83	0,5 %	6,88
4	Durée du séjour à la SU, au 90e p., des patients avec affections min. et non comp. (ÉTG IV-V)	4,02	4,00	4,27	6,7 %	4,27
Temps d'attente pour la chirurgie						
5	Temps d'attente pour la chirurgie du cancer, au 90e percentile	51	51	55	7,8 %	52
6	Temps d'attente pour la chirurgie du pontage cardiaque, au 90e percentile	51	51	45	-11,8 %	47
7	Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte, au 90e percentile	112	97	101	4,1 %	113
8	Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche, au 90e percentile	141	141	127	-9,9 %	127
9	Temps d'attente pour l'arthroplastie du genou, au 90e percentile	145	145	134	-7,6 %	135
Temps d'attente pour le diagnostic						
10	Temps d'attente pour l'IRM, au 90e percentile	94	72	54	-25,0 %	72
11	Temps d'attente pour la tomodensitométrie, au 90e percentile	22	22	24	9,1 %	21
Excellence des soins pour tous/qualité						
12	Réadmission de patients de certains GMA dans les 30 jours**	15,36 %	14,30 %	18,71 %	30,8 %	17.13%
Santé mentale et lutte contre les dépendances						
13	Santé mentale - visites répétées aux urgences, dans les 30 jours**	16,80 %	16,00 %	19,94 %	24,6 %	20.13%
14	Lutte contre les dépendances - - visites répétées aux urgences, dans les 30 jours**	20,90 %	19,90 %	18,42 %	-7,4 %	16.64%
Accès aux soins communautaires						
15	Temps d'attente pour les services à domicile du CASC - demande d'un premier service du CASC en milieu communautaire (excluant la gestion de cas)	28,00	26,60	22,00	-17,3 %	23,00

* Un pourcentage négatif signifie que le RLISS est en deçà de l'objectif cible.

** Les résultats de l'exercice 2011-2012 sont fondés sur les données des quatre plus récents trimestres (T3 2010-2011 - T2 2011-2012)

*** Les résultats de l'exercice 2011-2012 sont fondés sur les données des quatre plus récents trimestres (T4 2010-2011 - T3 2011-2012)

Le tableau ci-dessus donne les résultats disponibles concernant les indicateurs de rendement clés inclus dans l'Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS (ERMR), pour l'exercice 2011-2012. Pour la majorité des interventions chirurgicales prioritaires et des procédures d'imagerie médicale (y compris les pontages cardiaques, l'arthroplastie de la hanche et du genou ainsi que les tomodensitogrammes et les IRM diagnostiques) le RLISS a atteint les objectifs régionaux de temps d'attente. Le suivi et le maintien de ces niveaux resteront une priorité importante pour la période 2012-2013.

Commentaire du RLISS sur les indicateurs de rendement

D'autres indicateurs de rendement clés de l'Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS ont eu tendance à fluctuer autour des objectifs souhaités. Chacun de ces indicateurs est présenté et examiné ci-dessous, ainsi que les mesures à prendre qui permettront de combler les lacunes.

Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement trimestriel				Résultat
	Province	RLISS	112	T1	T2	T3	T4	113
Attente 90e percentile (jours)	182	97		126	112	108	101	

Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – Au départ, le RLISS présentait une base de 112 jours, le temps d'attente au 90e percentile pour la chirurgie de la cataracte a culminé au début de l'exercice et a diminué progressivement à environ 101 jours à la fin de l'exercice. Le RLISS du Sud-Est se situe bien en dessous de la cible provinciale. Un protocole d'entente régional en matière de chirurgie ophtalmique est en voie d'élaboration. L'objectif de ce protocole d'entente sera d'appuyer un système régional de soins ophtalmiques intégrés dans le RLISS du Sud-Est et de veiller à ce que les patients reçoivent des soins ophtalmiques appropriés et en temps opportun dans la région du RLISS du Sud-Est.

Temps d'attente pour la chirurgie du cancer	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement trimestriel				Résultat
	Province	RLISS	51	T1	T2	T3	T4	52
Attente 90e percentile (jours)	84	51		54	49	47	55	

Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – Au début de l'exercice, le 90e percentile pour la chirurgie du cancer a été établi à 51 jours. Le RLISS du Sud-Est a atteint un niveau de rendement de 52 jours pour cet indicateur. Cela se situe bien en dessous de la cible provinciale (84 jours) et le rendement est resté meilleur que les niveaux provinciaux pour chacun des trimestres de l'exercice. Le RLISS du Sud-Est continuera de travailler avec Action Cancer Ontario et nos hôpitaux locaux afin de surveiller le temps d'attente pour la chirurgie du cancer.

Réadmission pour certains GMA Retour dans les 30 jours	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement trimestriel				Résultat
	Province	RLISS	15,4 %	T1	T2	T3	T4	17.1%
	À déterminer	14,3 %		17,6 %	18,7 %	NA	NA	

Réadmission pour certains GMA dans les 30 jours (groupe de maladies analogues) – Le pourcentage de cas réadmis dans les 30 jours continue d'augmenter. Il est important de souligner qu'il y a un délai considérable entre le moment où les estimations sont publiées et celui où les interventions du RLISS peuvent être appliquées. Les maladies gastro-intestinales et la maladie pulmonaire obstructive chronique sont les deux domaines qui contribuent le plus au volume de patients. Toutefois, l'insuffisance cardiaque congestive et le diabète sont les causes des taux les plus élevés de réadmissions en fonction des cohortes cliniques admissibles. Du point de vue des volumes, les deux plus importants établissements hospitaliers du RLISS du Sud-Est (l'Hôpital général de Kingston et l'Association des soins de santé de Quinte) comptaient pour environ 70 % des réadmissions, même si un des plus petits hôpitaux communautaires (l'Hôpital général du comté de Lennox et Addington) avait tendance à enregistrer un taux de réadmissions beaucoup plus élevé. Sur le territoire du RLISS du Sud-Est, diverses initiatives ont été mises en œuvre ou sont en voie de planification afin de réduire le taux général de réadmissions. Cette question continue d'être une priorité pour le RLISS.

Santé mentale Visites répétées aux urgences Retour dans les 30 jours	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement trimestriel				Résultat
	Province	LHIN	16,8 %	T1	T2	T3	T4	20,1 %
	À déterminer	16,0 %		20,1 %	19,9 %	S.O.	S.O.	

Visites répétées aux urgences pour des problèmes de santé mentale dans les 30 jours – Au cours de l'exercice, le pourcentage de cas a été légèrement plus élevé que le pourcentage provincial. Des initiatives visant à modifier ce résultat ont été liées à la Feuille de route des services cliniques. Même si le rendement continue de fluctuer en raison du petit nombre de patients, on doit reconnaître que peu de patients contribuent aux taux de visites répétées. Cinq initiatives supplémentaires dans les domaines de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances ont été mises au point et devraient influer sur ce résultat (services de soutien comportemental, services des urgences, coordination des admissions, ressources humaines en santé, CRSS). Une bonne partie de ce travail exige la collaboration de la collectivité et des hôpitaux afin de réaliser des changements. On s'attend à ce que la mise en œuvre d'une coordination régionale des admissions et de services de soutien comportemental contribuera à modifier ce résultat.

Patients admis	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement trimestriel				Résultat
	Province	RLISS		T1	T2	T3	T4	
Attente 90e percentile (heures)	25*	22,9	26,8	24,2	27,1	24,1	25,5	25,3

Patients avec affections complexes non admis	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement trimestriel				Résultat
	Province	RLISS		T1	T2	T3	T4	
Attente 90e percentile (heures)	8	6,8	6,9	6,8	7,1	6,8	6,8	6.9

Patients avec affections non compliquées non admis	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement trimestriel				Résultat
	Province	RLISS		T1	T2	T3	T4	
Attente 90e percentile (heures)	4	4	4,0	4,2	4,4	4,1	4,3	4,3

Durée du séjour à la salle des urgences, au 90e percentile, par catégorie de patients – La durée du séjour à la salle des urgences par catégorie de patients était supérieure à l'objectif cible du RLISS. Dans le cas des patients avec affections complexes non admis (ÉTG I-III) et des patients avec affections mineures et non compliquées (ÉTG IV-V), le rendement du RLISS a fluctué près de l'objectif cible, mais les temps d'attente sont demeurés plus courts que ceux des niveaux de rendement provinciaux. Dans le cas des patients admis, le rendement est encore meilleur lorsqu'on le compare aux niveaux provinciaux, mais il s'agit du groupe de patients local à l'égard duquel il est le plus difficile d'intervenir. Le RLISS et tous les hôpitaux du RLISS du Sud-Est vont continuer de réduire la durée du séjour aux services des urgences grâce à des initiatives de réduction des temps d'attente aux services des urgences dans le cadre de la Feuille de route des services cliniques : gestion des lits, utilisation clinique et amélioration de l'accès aux soins spécialisés.

Pourcentage de patients recevant un ANS	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement trimestriel				Résultat
	Province	RLISS		T1	T2	T3	T4	
% du nombre de jours d'hospitalisation en soins actifs	9,46 %	9,46 %	14,78 %	10,35	12,96	10,20	S.O.	11,87 %

Pourcentage de jours à un autre niveau de soins (ANS) – Le pourcentage du nombre de jours passé à un « autre niveau de soins » continu de diminuer sur le territoire du RLISS du Sud-Est. Le taux de 10,2 % atteint au troisième trimestre est le plus bas jamais mesuré dans les établissements du RLISS du Sud-Est. Des programmes visant cette population de patients continuent d'être mis au point et mis en œuvre dans la région.

Rendement opérationnel du RLISS du Sud-Est

Allocation de fonds
totale : 6 547 019 $
de base : 4 782 269 $
projets : 1 764 750 $

La direction du RLISS du Sud-Est a administré une allocation de 6 547 019 $ pendant l'exercice 2011-2012. Cette allocation se composait du budget opérationnel total du RLISS de 4 782 270 $ et d'un financement auxiliaire lié aux projets de 1 764 750 $.

Financement auxiliaire lié aux projets

Le RLISS a reçu un financement spécial pour les projets qui appuient les priorités du système de santé déterminées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ainsi que les « priorités en matière de changement » énoncées dans le plan d'intégration des services de santé du RLISS. Ces projets sont les suivants :

- Bureau de gestion des projets de cybersanté †
- Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement
- Stratégie sur les services des urgences et les autres niveaux de soins†
- Initiative sur les services des urgences
- Initiative de mobilisation des communautés autochtones
- Initiative sur les services en français†
- Initiative sur les soins critiques
- Initiative sur les soins primaires

† ***Une condition de financement fixée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est le choix d'une personne pour diriger chacun de ces projets. Les chefs de projet reçoivent un espace de travail dans les bureaux du RLISS.***

Agrément Canada

Comme cela est indiqué à la description de la dixième priorité du PISS2 (*« Amélioration du système par la collaboration des conseils »)* mentionnée précédemment dans le présent rapport annuel, le RLISS du Sud-Est a obtenu l'agrément complet d'Agrément Canada, devenant ainsi le premier RLISS de la province à l'obtenir.

Vérification des états financiers de 2011-2012

Une vérification externe a été effectuée par Deloitte & Touche LLP en avril 2012. Le rapport du vérificateur est présenté au chapitre suivant. Les résultats de la vérification des états financiers de 2011-2012 ont été très favorables. Le RLISS du Sud-Est a terminé l'exercice avec une situation financière équilibrée.

Conformité à la *Loi de 2001 sur les personnes handicapées de l'Ontario*

Conformément aux directives de la Direction générale de l'accessibilité pour l'Ontario, le RLISS du Sud-Est s'est acquitté de ses obligations en vertu de cette loi et s'est assuré que les personnes handicapées de l'Ontario puissent accéder à nos établissements, à nos services et à l'information mise à la disposition du public.

États financiers du

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

31 mars 2012

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

31 mars 2012

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant 1-2

État de la situation financière 3

État des activités financières 4

État de la variation de la dette nette 5

État des flux de trésorerie 6

Notes complémentaires 7-19

Deloitte

Deloitte & Touche s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant

À l'intention des membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est (le « RLISS »), qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du RLISS au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités financières, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte & Touche s.r.l

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 28 mai 2012

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

État de la situation financière
au 31 mars 2012

	2012	2011
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**1 674 708**	1 373 084
Débiteurs (note 3)	**57 001**	65 589
	1 731 709	1 438 673
Passifs		
Créditeurs et charges à payer (note 4)	**1 121 742**	**815 436**
Montant à verser au Ministère et à cyberSanté Ontario (note 5)	**347 744**	**302 497**
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 7)	-	**19 552**
Apports de capital reportés (note 8)	**505 585**	**621 198**
Obligations aux termes de contrats de location-acquisition (note 16)	**290 568**	**315 807**
	2 265 639	2 074 490
Dette nette	**(533 930)**	(635 817)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	**28 345**	14 619
Immobilisations (note 9)	**505 585**	621 198
	533 930	635 817
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le Conseil

Wynn Turner, président du conseil d'administration

Ian Fraser, président du comité de vérification

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

État des activités financières
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	Budget (non audité) (note 10)	2012 Montant réel
	$	$
Produits		
Financement fourni par le Ministère		
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 11)	984 696 442	1 070 700 326
Activités du RLISS (notes 5, 10 et 12)	4 782 269	4 778 389
Services de cybersanté (note 6a)	-	600 000
Service des urgences (note 6b)	-	75 000
Initiative autochtone (note 6c)	15 000	15 000
Projet Urgences – ANS (note 6d)	-	100 000
Services de santé en français (note 6e)	106 000	106 000
Soins aux malades en phase critique (note 6f)	-	75 000
Soins primaires (note 6g)	-	43 750
Fonds Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 6h)	-	750 000
Amortissement des apports de capital reportés (note 8)	-	119 491
	989 599 711	1 077 362 956
Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario (note 5a)	-	(347 744)
	989 599 711	1 077 015 212
Charges		
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 11)	984 696 442	1 070 700 326
Frais généraux et administratifs (note 12)	4 782 269	4 895 501
Services de cybersanté (note 6a)	-	569 907
Service des urgences (note 6b)	-	66 110
Initiative autochtone (note 6c)	15 000	15 000
Projet Urgences – ANS (note 6d)	-	100 000
Services de santé en français (note 6e)	106 000	102 844
Soins aux malades en phase critique (note 6f)	-	72 912
Soins primaires (note 6g)	-	18 985
Fonds Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (note 6h)	-	473 627
	989 599 711	1 077 015 212
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	2012
	$
Surplus de l'exercice	-
Acquisition d'immobilisations	(3 878)
Amortissement des immobilisations	119 491
Augmentation des charges payées d'avance	(13 726)
Diminution (augmentation) de la dette nette	101 887
Dette nette au début	(635 817)
Dette nette à la fin	(533 930)

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2012

	2012	2011
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	**119 491**	147 905
Amortissement des apports de capital reportés (note 8)	**(119 491)**	(147 905)
Variation des éléments sans effet sur la trésorerie liés à l'exploitation		
Diminution (augmentation) des débiteurs	**8 588**	(65 589)
Diminution du montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS	-	1 895
Augmentation des charges payées d'avance	**(13 726)**	(8 695)
Augmentation (diminution) des créditeurs et charges à payer	**306 306**	(38 712)
Augmentation du montant à verser au Ministère et à cyberSanté Ontario	**45 247**	173 750
Augmentation (diminution) du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	**(19 552)**	19 552
	326 863	82 201
Investissement		
Acquisition d'immobilisations	**(3 878)**	(479 682)
Financement		
Augmentation des apports de capital reportés (note 8)	**3 878**	479 682
Augmentation des obligations aux termes de contrats de location-acquisition	-	319 178
Remboursement d'obligations aux termes de contrats de location-acquisition	**(25 239)**	(3 371)
	(21 361)	795 489
Variation nette de la trésorerie	**301 624**	398 008
Trésorerie au début	**1 373 084**	975 076
Trésorerie à la fin	**1 674 708**	1 373 084

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

Notes complémentaires
31 mars 2012

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est a été constitué par lettres patentes le 9 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a également conclu une entente de rendement avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS dessert plus de 489 600 personnes et couvre les régions de Hastings, de Prince Edward et de Lennox et les comtés de Addington, de Frontenac, de Leeds et de Grenville, les villes de Kingston, de Belleville et de Brockville, les municipalités de Smith Falls et de Prescott et une partie des comtés de Lanark et de Northumberland. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

Le RLISS est financé par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des RLISS (l'« entente de rendement ») conclue avec le Ministère décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert au Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS. Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2012.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Le RLISS est également financé par cyberSanté Ontario, en vertu d'une entente de paiement de transfert des RLISS (l'« entente de paiement de transfert ») conclue avec cyberSanté Ontario décrivant des arrangements budgétaires pris par cyberSanté Ontario. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par cyberSanté Ontario, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par cyberSanté Ontario.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, tels qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments sans effet sur la trésorerie comme l'amortissement des immobilisations et les pertes de valeur comptable d'actifs.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimative selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées, tandis que les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

2. Principales conventions comptables (suite)

Immobilisations (suite)

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel de bureau	5 ans
Matériel informatique	3 ans
Infrastructure/développement Web	3 ans
Améliorations locatives	Durée du bail

Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles », pour son exercice ouvert à compter du 1er avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les éléments importants assujettis à ces estimations et hypothèses comprennent l'évaluation des charges à payer et la durée de vie utile des immobilisations. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Débiteurs

Au 31 mars 2012, le RLISS avait des débiteurs de 57 001 $, qui représentent principalement la TVH à recevoir pour le dernier trimestre de l'exercice.

4. Créditeurs et charges à payer

Au 31 mars 2012, la valeur des créditeurs et charges à payer du RLISS s'établissait à 1 121 742 $, soit des créditeurs de 441 023 $ et des charges à payer de 680 719 $.

5. Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario

En vertu de l'entente de rendement conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

En vertu de l'entente de paiement de transfert, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée à cyberSanté Ontario.

Conformément à la convention comptable visant les apports de capital reportés (note 2), le RLISS a comptabilisé à titre de produits l'amortissement des apports de capital reportés de 119 491 $ (147 905 $ en 2011), ce qui a donné lieu à une augmentation de l'ensemble des produits tirés des activités du RLISS, tel qu'il est présenté dans le tableau ci-après. Le financement de base des activités du RLISS pour 2012, après ajustements, s'est établi à 4 782 269 $, comme l'explique la note 10.

5. Financement remboursable au Ministère et à cyberSanté Ontario (suite)

a) Le montant remboursable au Ministère se compose des éléments suivants :

	Financement reçu	Charges admissibles	Excédent
	$	$	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	1 070 700 326	1 070 700 326	-
Activités du RLISS	4 897 880	4 895 501	2 379
Services de cybersanté	600 000	569 907	30 093
Projet de service des urgences	75 000	66 110	8 890
Initiative autochtone	15 000	15 000	-
Projet Urgences – ANS	100 000	100 000	-
Services de santé en français	106 000	102 844	3 156
Soins aux malades en phase critique	75 000	72 912	2 088
Soins primaires	43 750	18 985	24 765
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario	750 000	473 627	276 373
	1 077 362 956	1 077 015 212	347 744

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2012	2011
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	302 497	128 747
Montant du financement remboursé au cours de l'exercice visé	(302 497)	(128 747)
Montant du financement non récurrent à rembourser au Ministère	315 272	299 608
Montant du financement des activités du RLISS à rembourser au Ministère	2 379	2 889
Montant à verser au Ministère à la fin	317 651	302 497

c) Le montant remboursable à cyberSanté Ontario au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2012	2011
	$	$
Montant à verser à cyberSanté Ontario au début	-	-
Montant versé à cyberSanté Ontario au cours de l'exercice	-	-
Montant du financement remboursable à cyberSanté Ontario relativement aux activités de l'exercice visé (note 5a)	30 093	-
Montant à verser à cyberSanté Ontario à la fin	30 093	-

6. a) Services de cybersanté

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS a reçu de cyberSanté Ontario un financement de 600 000 $ (1 325 000 $ reçu du Ministère en 2011, soit 600 000 $ pour le bureau de gestion du projet, 450 000 $ pour l'implantation et l'adoption et 275 000 $ pour le coordonnateur provincial) pour le bureau de gestion du projet. Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir son plan stratégique de services de cybersanté, lequel est défini dans son plan de services de santé intégrés. Les fonds inutilisés, lesquels s'établissaient à 30 093 $ (285 880 $ en 2011) à la clôture de l'exercice, sont remboursables à cyberSanté Ontario (au Ministère en 2011).

	2012	2011
	$	$
Charges		
Salaires et charges sociales	**308 860**	488 322
Services-conseils	**126 775**	388 309
Frais de déplacement	**15 308**	22 667
Frais liés aux réunions	**3 345**	11 306
Aménagements	**-**	17 077
Services partagés	**-**	31 956
Autres	**115 619**	79 483
	569 907	1 039 120

b) Projet de service des urgences

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS a reçu du Ministère un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2011). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir le projet lié au service des urgences en vertu du volet « priorités en matière de changement » du plan d'intégration des services de santé relativement à l'accès aux services médicaux spécialisés. Les fonds inutilisés, lesquels s'établissaient à 8 890 $ (1 063 $ en 2011) à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

	2012	2011
	$	$
Charges		
Salaires et charges sociales	**63 300**	67 500
Frais de déplacement	**-**	2 155
Autres	**2 810**	4 282
	66 110	73 937

c) Initiative autochtone

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS a reçu du Ministère un financement de 15 000 $ (15 000 $ en 2011). Ces fonds ont servi à financer la planification et la mobilisation auprès de la communauté autochtone en vertu du volet « priorités en matière de changement » du plan d'intégration des services de santé.

	2012	2011
	$	$
Charges		
Autre	**15 000**	15 000
	15 000	15 000

6. (suite)

d) Projet Urgences – ANS

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS a reçu du Ministère un financement de 100 000 $ (100 000 $ en 2011). Ces fonds ont servi à financer le projet Urgences – ANS.

	2012	2011
	$	$
Charges		
Salaires et charges sociales	**100 000**	100 000
	100 000	100 000

Les charges réelles engagées relativement aux activités liées au projet Urgences – ANS ont dépassé le financement de 100 000 $ reçu du Ministère, leur total s'élevant à 147 100 $ (136 754 $ en 2011). L'excédent de 47 100 $ (36 754 $) a été couvert au moyen du budget de base des activités du RLISS.

	2012	2011
	$	$
Charges		
Salaires et charges sociales	**135 594**	126 593
Frais de déplacement	**5 762**	7 068
Frais liés aux réunions	**1 366**	433
Autres	**4 378**	2 660
	147 100	136 754

e) Services de santé en français

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS a reçu du Ministère un financement de 106 000 $ (110 000 $ en 2011). Ces fonds ont servi à financer la stratégie de services de santé en français. Les fonds inutilisés, lesquels s'établissaient à 3 156 $ (10 690 $ en 2011) à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

	2012	2011
	$	$
Charges		
Salaires et charges sociales	**82 663**	62 345
Services-conseils	**-**	11 535
Frais de déplacement	**4 564**	4 377
Frais liés aux réunions	**113**	-
Hébergement	**-**	4 269
Services partagés	**-**	7 989
Autres	**15 504**	8 795
	102 844	99 310

6. (suite)

f) Soins aux malades en phase critique

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS a reçu du Ministère un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2011). Ces fonds ont servi à financer le projet de soins aux malades en phase critique. Les fonds inutilisés, lesquels s'établissaient à 2 088 $ (1 975 $ en 2011) à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

	2012	2011
	$	$
Charges		
Salaires et charges sociales	**72 000**	72 000
Frais de déplacement	**912**	1 025
	72 912	73 025

g) Soins primaires

Au cours de l'exercice 2012, le RLISS a reçu du Ministère un financement de 43 750 $ (néant en 2011). Ces fonds ont servi à financer la planification et l'engagement auprès de fournisseurs de services de santé primaires dans le cadre du volet « priorités en matière de changement » du plan d'intégration des services de santé. Les fonds inutilisés, lesquels s'établissaient à 24 765 $ (néant en 2011) à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

	2012	2011
	$	$
Charges		
Salaires et charges sociales	**18 000**	-
Frais de déplacement	**970**	-
Autres	**15**	-
	18 985	-

h) Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario

À titre d'adoptant par anticipation, le RLISS a reçu, au cours de l'exercice 2012, un financement de 750 000 $ (néant en 2011) pour mettre sur pied le cadre du projet Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario. Le projet Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario a été créé afin d'améliorer les services offerts aux Ontariens dans le cadre du plan d'intégration des services de santé. Les fonds inutilisés, lesquels s'établissaient à 276 373 $ (néant en 2011) à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

	2012	2011
	$	$
Charges		
Salaires et charges sociales	**303 586**	-
Services-conseils	**26 350**	-
Frais de déplacement	**3 528**	-
Frais liés aux réunions	**6 715**	-
Autres	**133 448**	-
	473 627	-

7. Opérations entre apparentés

Bureau des services partagés des RLISS (« BSPR »)

Le BSPR est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujetti à ce titre aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR est responsable de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

Structure de collaboration entre les RLISS (« CRLISS »)

La CRLISS a été créée au cours de l'exercice 2010 afin de renforcer les liens entre les fournisseurs de services de santé, les associations et les RLISS et de favoriser un alignement entre les différents systèmes. La CRLISS a pour objectif de soutenir les RLISS :

- dans leur démarche visant à obtenir la participation de la communauté des fournisseurs de services de santé afin que ceux-ci soutiennent une intégration efficace et réalisée en collaboration avec les systèmes de soin de santé;
- dans leur rôle de gestionnaire de système;
- quand il y a lieu, dans l'implantation harmonieuse des stratégies et initiatives provinciales;
- dans la détermination et la communication des pratiques exemplaires.
- La CRLISS est un organisme dirigé par les RLISS et est responsable devant ces derniers. Le financement de la CRLISS est assuré par les RLISS, avec une participation du Ministère.

La CRLISS est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujettie à ce titre aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre.

8. Apports de capital reportés

	2012	2011
	$	$
Solde au début	**621 198**	289 421
Apports de capital au cours de l'exercice	**3 878**	479 682
Amortissement pour l'exercice	**(119 491)**	(147 905)
Solde à la fin	**505 585**	621 198

9. Immobilisations

	Coût	Amortissement cumulé	2012 Valeur comptable nette	2011 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Matériel de bureau	**408 007**	**200 719**	**207 288**	279 064
Matériel informatique	**122 406**	**110 667**	**11 739**	19 756
Améliorations locatives	**358 197**	**71 639**	**286 558**	322 378
	888 610	**383 025**	**505 585**	621 198

10. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1er avril 2011. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement approuve des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement total des fournisseurs de services de santé de 1 070 700 326 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget de financement initial des fournisseurs de services de santé	**984 696 442**
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	**86 003 884**
Budget de financement total des fournisseurs de services de santé	**1 070 700 326**

Le budget d'exploitation total de 4 782 269 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	**4 782 269**
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	-
Budget total	**4 782 269**

11. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement total de 1 070 700 326 $ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit :

	2012	2011
	$	$
Gestion d'hôpitaux	**703 298 709**	676 287 800
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	**190 725**	190 725
Centres de soins de longue durée	**170 862 497**	157 270 059
Centres d'accès aux soins communautaires	**102 084 846**	96 933 755
Services de soutien communautaires	**29 121 695**	27 468 705
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**2 043 566**	2 003 991
Centres de soins de santé communautaires	**22 200 869**	18 371 448
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	**40 897 419**	39 386 867
	1 070 700 326	1 017 913 350

12. Frais généraux et administratifs

a) Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente les frais généraux et administratifs par objet :

	2012	2011
	$	$
Éléments liés aux programmes		
Salaires	**3 546 649**	3 220 198
Consultation et projets relatifs au RLISS	**46 194**	66 270
	3 592 843	3 286 468
Services partagés	**435 080**	317 153
Structure de collaboration	**26 971**	50 000
Autres (détails ci-dessous)	**205 855**	198 604
Charges locatives	**212 698**	118 505
Matériel et fournitures de bureau	**132 588**	106 674
Indemnités quotidiennes des membres du Conseil	**71 400**	132 270
Relations publiques	**52 123**	40 756
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	**46 452**	49 269
	4 776 010	4 299 699
Amortissement	**119 491**	147 905
	4 895 501	4 447 604

12. Frais généraux et administratifs (suite)

b) Les autres frais généraux et administratifs inclus au poste « Autres » dans le tableau précédent se composent des éléments suivants :

	2012	2011
	$	$
Formation et développement	**52 829**	45 876
Frais de déplacement	**111 507**	124 462
Recrutement	**10 622**	2 089
Assurances	**17 768**	17 640
Autres frais divers	**13 129**	8 537
	205 855	198 604

c) Les charges totales liées à la gouvernance s'établissent comme suit et sont incluses aux charges présentées au tableau de la note 12a ci-dessus :

	2012	2011
	$	$
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	**34 500**	86 025
Indemnités quotidiennes de tous les autres membres du Conseil	**36 900**	46 245
Total des indemnités quotidiennes	**71 400**	132 270
Autres frais administratifs	**53 797**	98 885
Total des coûts liés à la gouvernance	**125 197**	231 155
Coûts indirects – salaires, charges sociales, aménagements et services partagés	**153 519**	151 253
Charges totales liées à la gouvernance	**278 716**	382 408

d) Les coûts totaux liés aux charges locatives et aux services partagés présentés à la note 12a ont été réduits en raison du partage partiel des coûts liés à des projets auxiliaires financés relativement au personnel de ces projets utilisant des locaux à bureaux ou ayant recours à des services partagés au cours de l'exercice. Se reporter à la note 6 traitant de la répartition des coûts liés aux aménagements additionnels et aux services partagés.

13. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Healthcare of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 29 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 279 712 $ pour l'exercice 2012 (261 295 $ en 2011) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été achevée le 31 décembre 2011, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

14. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

15. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location de locaux s'établissent comme suit :

	$
2013	224 064
2014	224 064
2015	224 064
2016	224 064
2017	224 064
Par la suite	877 584
	1 997 904

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Au 31 mars 2012, le RLISS avait conclu des ententes de rendement avec tous les hôpitaux et les organismes communautaires pour une durée variant du prochain exercice aux trois prochains exercices, selon le secteur. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement réel du RLISS par le Ministère.

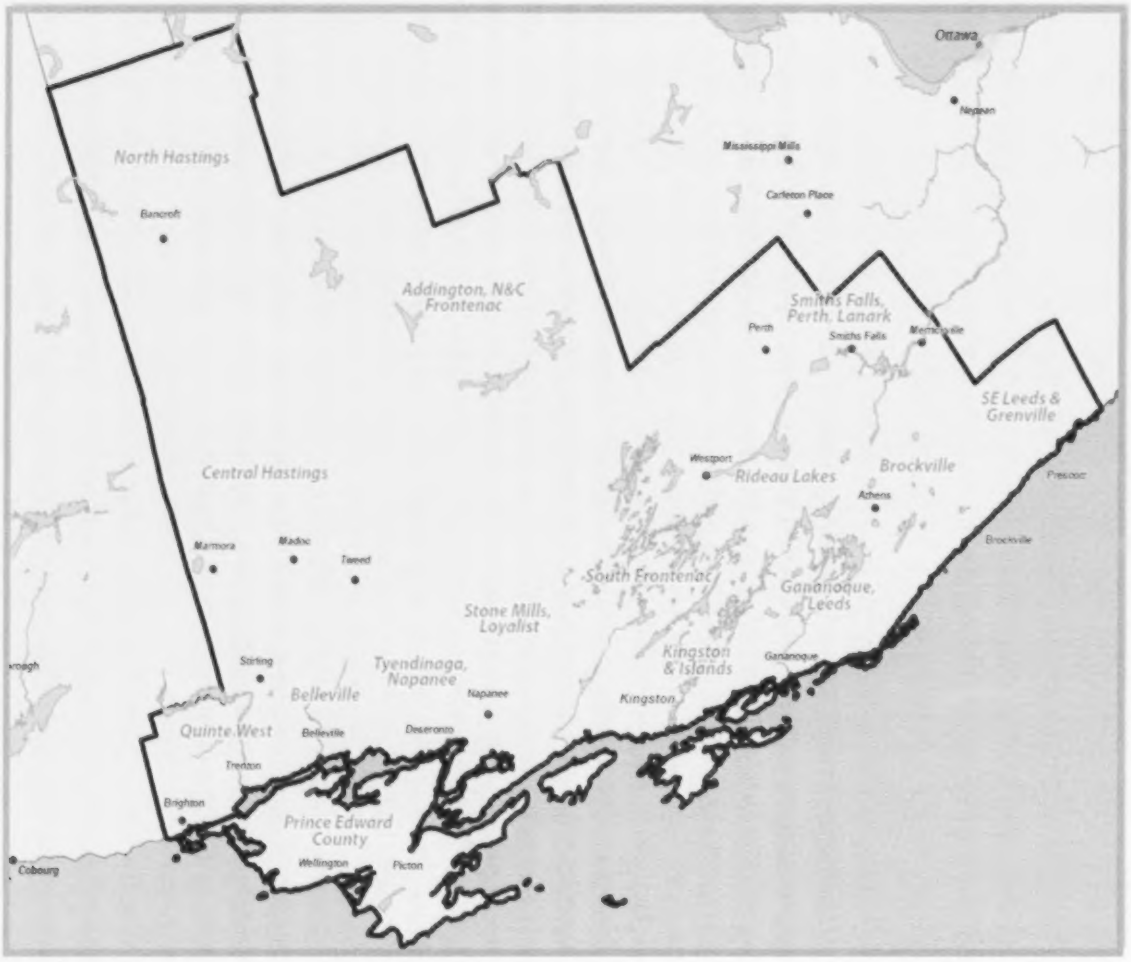
16. Obligations aux termes de contrats de location-acquisition

Le RLISS a un contrat de location inscrit au poste Obligations aux termes de contrats de location-acquisition dont les améliorations locatives ont une valeur comptable totale de 255 342 $. Le coût de ce contrat est inclus dans les immobilisations corporelles et les passifs connexes sont inclus dans la dette à long terme afin de refléter l'acquisition et le financement de ces éléments. Le contrat de location de l'immeuble arrive à échéance en février 2021.

La valeur actualisée des paiements minimaux futurs se détaille comme suit :

	$
2013	40 456
2014	40 456
2015	40 456
2016	40 456
2017	40 456
Par la suite	158 453
Paiements minimaux futurs au titre des contrats de location	360 733
Déduire : montant représentant les intérêts	(70 165)
Valeur actualisée des paiements minimaux futurs au titre des contrats de location	290 568

Les paiements en capital liés à la dette à long terme qui sont exigés pour les cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

	$
2013	26 530
2014	27 887
2015	29 314
2016	30 814
2017	32 390
Par la suite	143 633
	290 568

Carte de la région géographique du RLISS du Sud-Est